

полинейропатия, мультифокальная моторная невропатия. Крампи, возникающие при БАС, также следует дифференцировать с крампи, ассоциированными с соматическими заболеваниями (в частности, электролитными и метаболическими нарушениями) и связанными с употреблением лекарственных препаратов.

Алгоритм дифференциально-диагностического поиска при БДН требует проведения ряда инструментальных (ЭМГ; МРТ соответствующих отделов позвоночника и ГМ с целью исключения структурной патологии; при необходимости – МРТ сплетений, УЗИ нервов; спирометрия; в случаях дифференциации с вторичным БАС, паранеопластическими синдромами – онкологический поиск) и лабораторных исследований (общеклинические анализы, исследование ликвора, серологические тесты на Лайм-боррелиоз, цитомегаловирус, ВИЧ и другие инфекционные заболевания, онкомаркеры при необходимости).

**Выводы.** В понимании БАС важным является знание о том, что болезнь чрезвычайно неоднородна в отношении генотипа, фенотипа, особенно возраста, типа начала и скорости прогрессирования. Симптомы БАС во многом схожи с другими потенциально излечимыми и/или имеющими доброкачественный прогноз заболеваниями нервной системы, поэтому обследование пациента должно быть комплексным.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Рушкевич, Ю. Н. Современные представления о болезни двигательного нейрона / Ю. Н. Рушкевич, С. А. Лихачев // Медицинские новости. – 2019. – № 1. – С. 23-31.
2. Time for optimism in amyotrophic lateral sclerosis / P. Corcia, C. Lunetta, P. Vourc'h [et al.] // Eur J Neurol. – 2023. – Vol. 30, № 5. – P. 1459-1464.

## АТИПИЧНАЯ МИКОПЛАЗМЕННАЯ ПНЕВМОНИЯ У ДЕТЕЙ: ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

**Байгот С. И., Мотолыго Д. В.**

Гродненский государственный медицинский университет

**Актуальность.** В настоящее время *Mycoplasma pneumoniae* является самой частой причиной развития атипичной пневмонии у детей школьного возраста [1–4]. Клинические проявления микоплазменной пневмонии широко варьируют, нет однозначных клинико-лабораторных и рентгенологических признаков заболевания, специфическая диагностика не всегда доступна, что

может повлиять на эффективность проводимой терапии [1–4]. Как правило, признаки тяжести не выражены у детей с вызванной микоплазмой пневмонией, и это выступает причиной спокойного отношения родителей к температуре и кашлю, а также позднего обращения за медицинской помощью [1]. Все это, наряду с высокой заболеваемостью в последние годы, обуславливает актуальность микоплазменной пневмонии у детей.

**Цель** – определить диагностические критерии атипичной микоплазменной пневмонии у детей.

**Методы исследования.** Исследование выполнено на базе пульмонологического отделения учреждения здравоохранения «Гродненская областная детская клиническая больница» в 2025 году. Объектом исследования явились 74 ребенка с микоплазменной пневмонией (МП) в возрасте от 6 до 17 лет. Всем пациентам проводилось комплексное обследование, включающее общеклиническую, лабораторную и рентгенологическую диагностику.

Для уточнения этиологии пневмонии применяли метод полимеразной цепной реакции (ПЦР) секрета из носо- и ротоглотки.

Обработка полученных данных проводилась с использованием программы Statistica 10.

**Результаты и их обсуждение.** Атипичные пневмонии у детей 6-15 лет составляют до 50% от всех пневмоний, из них абсолютно преобладает микоплазма. *Mycoplasma pneumoniae* «конкурирует» с пневмококком, частота вызванных им пневмоний повышается в августе-ноябре, когда возобновляется тесное общение детей в школах [1]. Диагноз (МП) был верифицирован методом ПЦР секрета из носо- и ротоглотки у 100% обследованных детей. Согласно полученным данным, (МП) отмечалась практически с одинаковой частотой у девочек (51%) и мальчиков (49%). Средний возраст пациентов составил  $12,4 \pm 2,7$  лет. У всех детей имело место острое начало заболевания, которое проявлялось повышением температуры и появлением сухого кашля. Инкубационный период (МП) составил  $6,9 \pm 1,9$  дней.

Фебрильная температура (38-400 С) наблюдалась достоверно чаще у большинства пациентов (80%), чем субфебрильная – у 17,5% детей,  $p < 0,001$ , отсутствие повышения температуры – в 2,5% случаев. Длительность периода лихорадки в стационаре у обследованных детей с (МП) составила  $5,7 \pm 2,3$  дней. У большинства пациентов (87,8%) при поступлении отмечалось состояние средней тяжести.

Одним из характерных и постоянных признаков заболевания являлся кашель, который возникал одновременно с повышением температуры и наблюдался у всех пациентов. У детей с (МП) отмечался частый, непродуктивный, навязчивый, кашель, который сохранялся в среднем  $16,9 \pm 2,7$  дней. К концу лечения в стационаре кашель стал реже, но не исчез полностью.

Наши наблюдения показали, что наряду с кашлем у детей с (МП) выявлялись умеренные признаки поражения верхних дыхательных путей –

острый фарингит (42%), острый ринофарингит (57%), острый катаральный отит (5%).

Клиническая картина (МП) у детей проявлялась: постепенным началом заболевания от 5 до 18 дней, скудным катаральным синдромом, слабо выраженным интоксикационным синдромом с фебрильной или субфебрильной температурой (97,5%), длительным сохранением малопродуктивного кашля (100%), односторонней локализацией воспалительного процесса (96%). При аускультации над легкими выслушивалось жесткое дыхание при очаговом поражении и ослабленное на стороне воспалительного процесса – при сегментарных и полисегментарных пневмониях. У всех пациентов отсутствовали хрипы при аускультации над легкими. Отметим также и отсутствие проявлений нарушения дыхания (дыхательной недостаточности) у большинства пациентов (94,6%). Дыхательная недостаточность 1 степени была выявлена у 5,4% заболевших, при этом, сатурация кислорода у всех пациентов была в пределах нормы и составила  $98,1 \pm 0,5\%$ .

Согласно рентгенологическим данным очаговая пневмония была выявлена у 38% пациентов, сегментарная – у 54% детей, долевая и полисегментарная пневмонии – у 8% пациентов. Доминировало одностороннее поражение легких (96%),  $p < 0,001$ . Правосторонняя пневмония была выявлена у 50% обследованных детей, левосторонняя – у 46% пациентов, двусторонний процесс – всего у 4% детей. Экссудативный плеврит был диагностирован лишь у 9 (12,2%) пациентов.

Значение гемограммы для диагноза пневмонии скромнее, чем это принято считать [1, 4]. Значимо чаще (МП) у детей сопровождалось нормальным уровнем лейкоцитов в общем анализе крови. Лейкоцитоз был выявлен у 18,9% пациентов, нейтрофилез – у 17,6%, лимфоцитоз – у 17,6% случаев, анемия легкой степени тяжести – 12,2% увеличение скорости оседания эритроцитов отмечалось у всех пациентов и в среднем составила  $27,1 \pm 8,9$  мм/ч. Повышение С-реактивного белка в биохимическом анализе крови было отмечено в 72% случаев и его уровень составил  $25,8 \pm 18,5$  г/л.

Продолжительность стационарного лечения детей с микоплазменной пневмонией составила  $12,5 \pm 2,6$  дней.

**Выводы.** Атипичная микоплазменная пневмония у детей обоих полов встречалась с незначительной разницей (д – 51%; м – 49%).

Можно выделить диагностические критерии микоплазменной пневмонии у детей: наличие фебрильной температурой при относительно нетяжелом состоянии, малопродуктивного кашля, который сохранялся длительный период, отсутствие хрипов в легких и единичными случаями дыхательной недостаточности при нормальных показателях сатурации кислорода, чаще отмечалось одностороннее поражение легких очагового или сегментарного характера, повышение скорости оседания эритроцитов и С-реактивного белка.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Атипичные пневмонии // Болезни органов дыхания у детей : рук-во для врачей / В. К. Таточенко. – 8-е изд., доп. – Москва : Редакция журнала Status Praesens, 2025. – С. 276-312.
2. Байгот, С. И. Особенности клинико-рентгенологической картины микоплазменной пневмонии у детей школьного возраста / С. И. Байгот, И. В. Марушко // Актуальные проблемы медицины : сб. материалов итог. науч.-практ. конф., Гродно, 14 февр. 2025 г. / редкол.: И. Г. Жук (отв. ред.) [и др.]. – Гродно, 2025. – С. 31-32. – 1 CD-ROM.
3. Рустамов, М. Р. Особенности клинико-диагностических критерий микоплазменной пневмонии у детей / М. Р. Рустамов, М. Ф. Ибрагимова, Ш. К. Хусаимова // Международный журнал научной педиатрии. – 2023. – Т. 2, № 2. – С. 40-43.
4. Сравнительная характеристика пневмоний, вызванных *Mycoplasma pneumoniae*, у детей / С. Л. Бевза, О. В. Молочкова, О. Б. Ковалев [и др.] // Журнал инфектологии. – 2023. – Т. 15, № 3. – С. 110-118.

## ВЛИЯНИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ОСВЕЩЕННОСТИ ВО ВРЕМЯ НОЧНОГО СНА НА ЧУВСТВО ВРЕМЕНИ И УРАВНОВЕШЕННОСТЬ НЕРВНЫХ ПРОЦЕССОВ У СТУДЕНТОВ МЕДУНИВЕРСИТЕТА С РАЗЛИЧНЫМ ХРОНОТИПОМ

**Балбатун О. А.<sup>1</sup>, Дудинский А. К.<sup>2</sup>, Круглик О. И.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Гродненский государственный медицинский университет,

<sup>2</sup>Республиканский клинический медицинский центр  
Управления делами  
Президента Республики Беларусь,

<sup>3</sup>Минский областной кожно-венерологический диспансер

**Актуальность.** Осознание светового загрязнения (смога) как экологической проблемы сформировалось в конце XX – начале XXI века. Исследования выявили тесную связь между засвечиванием ночного небосвода искусственными источниками света и циркадной дисфункцией, метаболическим синдромом, депрессией, нарушением сна, другими отклонениями [1, 2].

**Цель** – изучить влияние однократного изменения освещенности во время ночного сна на чувство времени, уровень конфликтности и импульсивности у студентов медуниверситета с различным хронотипом.

**Методы исследования.** В исследовании приняли участие 145 студентов 2-6 курсов ГрГМУ в возрасте от 19 до 28 лет (информированное согласие). Хронотип оценивали в баллах с помощью опросника Хорна-Остберга, выделяя утреннее (n=28), вечернее (n=39) и аритмичное (n=78) предпочтение. Всех участников произвольно разделяли на три группы: ночной сон между исследованиями в привычных условиях (без дополнительного затемнения или